

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N° 201

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Aimé PELISSIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RUPTURE DES ANÉVRYSMES

DE

L'AORTE DANS L'ŒSOPHAGE

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
45, rue Racine, 45

1922

102

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N^o 201

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Aimé PELISSIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RUPTURE DES ANÉVRYSMES

DE

L'AORTE DANS L'ŒSOPHAGE



Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOLLETT	ROUSSY
BRANCA	GUENOT	IERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUULEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LETULLE

Membre de l'Académie de médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Boucicaut
Officier de la Légion d'honneur

A MON MAÎTRE

M. le Docteur LEMIERRE

Médecin de l'Hôpital Andral
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse et aidé de ses sa-
vants conseils.*

PRÉAMBULE

Nous avons l'intention de nous occuper ici non pas des anévrysmes de l'aorte en général, ni de leur évolution, mais d'un point particulier à l'évolution elle-même de ces anévrysmes : de leur rupture dans l'œsophage.

Dans les ouvrages anciens on ne trouve pas souvent ce mode de rupture. Dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (1812) la rupture des anévrysmes de l'aorte dans l'œsophage est simplement mentionnée ; mais dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de 1883 le livre IV contient un article de 170 pages sur les anévrysmes et la rupture dans l'œsophage n'est même pas signalée. Dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* par Jacoud (1865) l'auteur consacre quelques lignes au sujet qui nous intéresse et rappelle certains cas d'anévrysmes qui ont été présentés à la Société anatomique de Paris.

Dans le *Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur* (1826) par Laënnec on trouve les deux phrases suivantes : « Souvent l'anévrysme de l'aorte ascendante ou de la crosse comprime la trachée-artère ou l'un des deux troncs bronchiques, les aplatit, use leurs cerceaux cartilagineux, et finit, en s'y ouvrant, par produire une

hémoptysie subitement mortelle. L'œsophage est aussi fréquemment percé de la même manière, et la mort arrive alors par un vomissement de sang. Ce cas est plus rare que le précédent : je ne l'ai observé que trois fois. »

Boinet a fait un tableau où sont groupées les principales ruptures publiées dans les Bulletins de la Société anatomique de Paris : Dans une période de soixante-douze ans, on présenta à la Société Anatomique 272 cas d'anévrysmes qui se sont rompus cent quarante-deux fois, dont quatre fois dans l'œsophage.

Nous avons pris la suite et recherché le nombre de cas de rupture jusqu'en 1920 et nous avons trouvé que dans une période de quatre-vingt-six ans on présenta à la Société anatomique 296 cas d'anévrysmes qui se sont rompus cent cinquante-quatre fois :

- 1 fois dans l'oreillette droite.
- 1 fois dans le poumon droit.
- 2 fois dans le médiastin antérieur.
- 3 fois dans la bronche droite.
- 3 fois dans les bronches sans autre indication.
- 4 fois dans l'artère pulmonaire.
- 9 fois dans la plèvre droite.
- 13 fois dans le poumon gauche.
- 17 fois dans la bronche gauche.
- 18 fois dans la trachée.
- 32 fois dans le péricarde.
- 38 fois dans la plèvre gauche.

Enfin :

- 5 fois dans l'œsophage.
- 1 fois dans la tunique de l'œsophage.

1 fois dans l'estomac.

1 fois dans le duodénum.

En résumé, on relève 146 cas de rupture dans les voies aériennes et 8 cas seulement dans les voies digestives.

On voit combien sont rares parmi toutes les ruptures celles qui se produisent dans l'œsophage.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RUPTURE DES ANÉVRYSMES
DE L'AORTE DANS L'ŒSOPHAGE

ANATOMIE

Un mot d'anatomie permettra de mieux comprendre certains phénomènes observés, aussi allons-nous indiquer rapidement les points qui nous paraissent avoir de l'importance au point de vue clinique dans les rapports de l'aorte et de l'œsophage.

Les anévrysmes de la portion descendante de la crosse peuvent comprimer en avant le nerf phrénique gauche ; en arrière et à droite la trachée au niveau de sa bifurcation ; en bas la branche gauche, en bas et à gauche le cul-de-sac supérieur de la plèvre de ce côté, en bas et en arrière la quatrième vertèbre dorsale. Au niveau de cette quatrième vertèbre, l'œsophage d'abord placé contre la colonne vertébrale s'en éloigne pour passer en avant et cheminer au milieu des organes qui occupent le médiastin postérieur.

Il décrit une sorte de spirale autour de l'aorte thoracique ; placé d'abord à droite, il passe en avant de ce vaisseau puis sur son flanc gauche qu'il longe. A

ce niveau l'œsophage est entouré d'une nappe épaisse de tissu cellulo-graisseux, et est fixé aux organes avoisinants par des tractus élastiques et musculaires, mais lâches et larges qui lui rendent les déplacements faciles et lui permettent de fuir devant les tumeurs développées dans le médiastin postérieur. Au niveau du médiastin postérieur les pneumogastriques se sont accolés à l'œsophage, passant, le gauche sur sa face antérieure, le droit sur sa face droite puis postérieure.

Les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante ont une tendance à se développer en arrière vers la colonne vertébrale. Les organes susceptibles d'être comprimés sont : en arrière la colonne vertébrale, le grand sympathique, le canal thoracique, la grande veine azygos : en avant le cœur, et sur les côtés, l'œsophage et le poumon qui, grâce à leur mobilité et à la laxité du tissu cellulaire du médiastin, échappent longtemps à la compression.

SYMPTOMES

Les anévrysmes de la partie postérieure de la crosse aortique, de même que ceux de l'aorte thoracique, ont naturellement peu de tendance à comprimer les voies aériennes et les gros troncs veineux : c'est la zone latente des anévrysmes méconnus, des erreurs de diagnostic (Huchard). Une hémoptysie subite foudroyante, une hématomèse violente surviennent et amènent la mort du malade sans qu'on ait un seul instant songé à l'anévrysme possible ; quelquefois des névralgies intercostales, des douleurs inter-scapulaires, de la dysphagie précèdent les hématomèses à répétition et permettent d'établir le diagnostic d'anévrysme et de prévoir la rupture.

Mais le seul symptôme de l'ouverture des anévrysmes de l'aorte dans l'œsophage, c'est *l'hématémèse*. Nombreux sont les cas où le diagnostic a été seulement fait après cet accident, et les cas ne sont pas rares où malgré l'hématémèse le diagnostic de cancer ou d'ulcère de l'estomac a été porté, le diagnostic véritable n'ayant pu être fait qu'à l'autopsie.

Cependant le diagnostic a pu souvent être fait avant l'hématémèse. Quels symptômes ont-ils permis de faire le diagnostic ? Les névralgies interscapulaires quelquefois, mais plus souvent la dysphagie.

Le plus fréquent des symptômes au début c'est la *névralgie* d'un ou plusieurs troncs nerveux. Ces douleurs sont dues à la compression des filets nerveux par l'anévrysme en voie de développement. Elles se présentent souvent sous la forme de *névralgie intercostale rebelle* ; elles peuvent parfois apparaître et disparaître subitement, présenter des paroxysmes, phénomènes probablement dus à ce qu'à l'irritation produite par la compression s'ajoute une irritation due à des poussées inflammatoires périanévrysmales sous des influences indéterminées. Ce n'est qu'à une période très avancée, alors que la tumeur est devenue très volumineuse, qu'apparaissent les douleurs térébrantes véritablement atroces, dues à l'érosion des os.

Il semblerait logique *à priori* que l'œsophage, qui est en connexion intime avec l'aorte thoracique sur la plus grande partie de son parcours, dût présenter des signes de compression, et il est classique de dire que la *dysphagie* est un des symptômes fréquents des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. Le dépouillement des observations montre qu'il est loin d'en être ainsi. Déjà Millard, en 1832, à propos de l'observation de Servoni, faisait remarquer combien était grande la tolérance de l'œsophage et combien souvent l'absence de toute gêne de la déglutition était observée.

Mais lorsqu'elle existe, la dysphagie a une très grande valeur pour le diagnostic ; elle peut même parfois indiquer le point où se fera l'ouverture.

La dysphagie se présente dans l'anévrysme de l'aorte soit comme l'un des éléments du syndrome

médiastinal, soit comme symptôme unique, révélateur, attirant l'attention plutôt vers le tube digestif que vers l'appareil cardio-vasculaire : elle réalise le type du « pseudo-cancer de l'œsophage » qui se traduit par la dysphagie, entraînant une salivation exagérée, des régurgitations, des vomissements et un amaigrissement rapide. Le diagnostic se fait surtout par l'examen radioscopique, parfois par l'œsophagoscopie.

Le degré de la dysphagie n'est pas ordinairement proportionnel à celui de la sténose, ce qui permet de penser que la dysphagie tient plus à la compression des nerfs de l'œsophage qu'à la compression du conduit lui-même ; elle revêt alors davantage le type spasmodique ; elle est irrégulière, intermittente, capricieuse, gênant plus la déglutition des liquides que celles des solides. D'autres fois, au contraire, elle est régulièrement progressive empêchant le passage des aliments solides, puis liquides, à la façon des rétrécissements organiques. Enfin les caractères spasmodiques peuvent se greffer sur des signes organiques, créant un type de dysphagie mixte.

Dans notre cas, c'est la dysphagie qui a permis de penser à un anévrysme et qui a incité à faire pratiquer l'examen radioscopique quelque temps avant la première hématomèse. Cette dysphagie était intermittente : brusquement elle survenait au milieu d'un repas, le malade cessait de manger et quelques heures plus tard les aliments passaient sans douleur et sans difficulté. Des anévrysmes peuvent provoquer de la dysphagie sans s'ouvrir toutefois dans l'œsophage : un malade que M. Le-

mierre présenta, en 1903, à la Société médicale des Hôpitaux éprouvait une gêne mécanique de la déglutition; il avait aux premières bouchées une sensation d'arrêt derrière la fourchette sternale, puis la déglutition se faisait de plus en plus facilement. Point à noter : la gêne de la déglutition comme pour notre malade d'ailleurs n'était pas plus marquée pour les solides que pour les liquides, et jamais le malade n'avait eu ni vomissements ni régurgitations. De plus cette gêne de la déglutition n'était pas continue et certains jours disparaissait complètement. L'autopsie montrait un énorme anévrysme plus gros qu'une tête de fœtus qui occupait toute la moitié supérieure du médiastin postérieur.

Quelquefois il existe de la dysphagie et pas d'hématémèse, malgré l'existence d'une communication entre l'aorte et l'œsophage. Dans un cas d'Hallopeau la gêne de la déglutition est extrême, les liquides seuls peuvent être ingérés, mais leur passage jette le malade dans un tel état d'anxiété qu'il éprouve la plus vive répugnance à avaler quoi que ce soit et ne se résigne à boire un peu qu'au moment où la soif devient insupportable. La mort survient au milieu de phénomènes asphyxiques. L'autopsie montre une perforation faisant communiquer l'œsophage avec l'anévrysme, obstruée par des caillots denses qui ont suffi à empêcher l'hémorragie. Mais il est important de noter que les anévrysmes qui donnent le plus souvent lieu à des symptômes de dysphagie ne sont pas toujours les anévrysmes les plus volumineux, car on peut voir des anévrysmes faisant saillie dans la lumière œsophagienne et même per-

forant les parois de ce conduit, sans qu'il y ait eu auparavant aucun trouble de la déglutition. Au contraire, les anévrysmes moyens, s'ils siègent à la partie supérieure, donneront lieu à des troubles dysphagiques qui ne sont nullement en rapport avec leurs dimensions. C'est donc le siège et le point où porte la compression qui règle l'apparition de la dysphagie et ses caractères cliniques. Mondières avait déjà insisté sur ce fait que l'œsophage ne réagit pas si la tumeur n'a pas contracté d'adhérences avec lui.

Si les anévrysmes volumineux restent souvent silencieux, en revanche, ce sont eux qui parviennent à ulcérer les parois œsophagiennes et qui donnent lieu aux *hématémèses*. Les hématémèses existent dans le neuvième des cas : treize fois sur 115 cas (Milanoff). Parfois cette rupture succède à une période dysphagique qui a indiqué le travail d'adhérence et d'usure des parois œsophagiennes. Tantôt, brusquement un malade en pleine santé apparente est pris d'une hématémèse violente ; il vomit à pleine bouche, à flots, du sang rouge, pur, non aéré, plus foncé que du sang provenant d'une hémoptysie ; parfois le sang est rutilant, spumeux au point de faire croire à une ouverture de l'anévrysme aortique dans les bronches ; le malade tombe en syncope, pâlit, son pouls devient filiforme, imperceptible, les battements du cœur s'arrêtent et la mort survient rapidement. C'est le tableau classique, celui qu'on rencontre dans beaucoup de livres. En réalité ces hématémèses ne sont pas toujours immédiatement fatales ; quelquefois même, la première hématémèse est considérable sans être

mortelle. Chez notre malade la première hématomèse avait été considérable : le malade à son entrée est d'une pâleur frappante, il vient de vomir une pleine cuvette de sang ; mais tout le sang rejeté par la bouche ne mesure pas la valeur exacte de cette première hémorragie. L'estomac distendu est visible et palpable ; de plus à l'autopsie, trois jours après, le gros intestin est rempli de masses de sang digéré provenant de cette première hémorragie.

Souvent des malades présentent subitement une hématomèse de moyenne intensité : on observe le lendemain ou les jours suivants du méloëna, et tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce que survienne une nouvelle hématomèse qui peut être définitive. Dans un cas de Servoni, un homme est pris chez lui d'un vomissement de sang considérable et qu'il évalue « à trois litres au moins » ; il entre à Lariboisière. Le lendemain de son entrée il eut une seconde hémorragie d'un litre environ ; dans la journée le malade eut encore une hémorragie, et le soir à 7 heures, peu après une quatrième, il mourut. Les accidents avaient duré vingt-huit heures. Dans notre cas il y eut une survie de quatre jours entre la première hématomèse et l'hémorragie mortelle.

Habituellement, quand il y a plusieurs hématomèses, elles ne sont distantes les unes des autres que de quelques heures ou de quelques jours avant d'entraîner la mort ; mais cet intervalle peut être considérable, se chiffrer par semaines et par mois. Dans le cas de Weill et Mauban, un anévrysme de l'aorte descendante s'ouvre une première fois dans l'œsophage, et détermine une hémorragie abondante ;

cinq mois après, une nouvelle hématomèse, elle dure deux jours pendant lesquels la malade rend de temps en temps presque sans effort une certaine quantité de sang rouge ; six mois après ce deuxième accident survient une troisième hématomèse assez abondante ; enfin trois jours plus tard, près d'un an après la première hématomèse, la malade vomit une quantité considérable de sang et meurt en syncope.

Ces hématomèses surviennent subitement et sans raison. Notre malade était tranquillement assis lorsqu'il est pris tout d'un coup de vertiges et d'éblouissements et tombe en syncope ; il revient à lui aussitôt et rend par la bouche une énorme quantité de sang.

Le sang est parfois rutilant, spumeux, au point de faire croire à une ouverture de l'anévrysme aortique dans une bronche.

La quantité de sang rejetée peut être parfois considérable, son volume a atteint deux et trois litres ; cependant la quantité de sang rejetée par la bouche ne permet pas toujours d'apprécier la valeur exacte de l'hémorragie. Dans notre cas, la palpation de l'abdomen révélait un estomac distendu et parfaitement palpable comme s'il avait été injecté par une substance solide. Dans le cas de Popham, l'estomac contenait plus de deux litres de sang.

La survie consécutive à une forte hématomèse est très variable : la mort peut être immédiate, survenir au bout de six, huit, quarante-huit heures, ou bien le malade peut présenter à des intervalles variables plusieurs hématomèses.

Comment expliquer ces hématomés à répétition? Certains auteurs admettent que les caillots contenus dans la poche anévrysmale, que les couches de fibrine stratifiées qui ferment la paroi agissent comme des soupapes, des valvules, et qu'elles viennent s'appliquer sur l'orifice pour le boucher; ces caillots fibreux agissent d'après la comparaison de Sauvage *veluti valvulæ* et peuvent ainsi arrêter l'hémorragie. Dans notre observation l'orifice de communication s'ouvrait du côté de l'anévrysme dans un recessus anfractueux et un caillot oblitérait en partie cet orifice. La disposition particulière du canal irrégulier et étroit qui menait de la poche anévrysmale à l'orifice de communication était bien faite pour contrarier l'hémorragie et pour favoriser la formation d'un caillot obturateur. Dans le cas d'Hallopeau deux perforations œsophagiennes s'ouvriraient l'une dans la poche anévrysmale, l'autre dans la bronche droite. La première était obstruée par des caillots denses qui ont suffi à empêcher l'hémorragie.

Hirtz et Lemaire, tout en tenant pour juste cette hypothèse, pensent qu'il y a lieu de faire intervenir la réplétion de l'estomac et de la partie inférieure de l'œsophage par le coagulum surtout dans le cas de large ouverture par suite de la chute d'une large escarre de la muqueuse œsophagienne. Ce coagulum, disent-ils, doit aider à l'hémostase comme il le fait lorsqu'il s'agit d'une rupture dans une plèvre.

Cette explication est admissible pour les survies de un à trois jours, elle est incompatible avec les cas d'hématémèses à répétition, survenues au bout de trois, six, douze mois, où le malade a repris toutes

ses occupations. Du reste dans les observations, il est rare de voir noter un caillot œsophagien même lorsque l'estomac est complètement rempli et dilaté par un coagulum énorme.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des anévrysmes aortiques a subi des remaniements profonds depuis le jour où la radiographie est venue apporter son appoint fructueux à l'appui des méthodes cliniques. Grâce à la méthode radioscopique sont souvent mis en évidence des anévrysmes latents, autrefois méconnus et insoupçonnés.

D'après le professeur Letulle, il y a nécessité de soumettre à la radioscopie toute une catégorie de malades, les syphilitiques avérés, les hypertendus et les athéromateux, les brightiques et les cirrhotiques, les tabétiques, ceux atteints de sclérose du myocarde et de sclérose broncho-pleuro-pulmonaire et les saturnins. En soumettant ainsi systématiquement à l'épreuve radioscopique des malades chez qui il n'y avait pas lieu de soupçonner une ectasie aortique, le professeur Letulle et Aubourg ont pu mettre en évidence de nombreux anévrysmes latents, dont la fréquence réelle a d'ailleurs pu être vérifiée dans un certain nombre de cas par l'autopsie. Mais fréquemment le malade atteint d'anévrysme de l'aorte thoracique, sans signes physiques se présentera avec un minimum de signes fonctionnels, et c'est alors surtout que la radioscopie s'imposera.

La compression de l'œsophage par les anévrysmes

de la terminaison de la crosse ou de l'aorte thoracique descendante provoque de la dysphagie, des hématomés, qui simulent un cancer. Dans le cas de Gouraud et Roche, une femme âgée de 63 ans se plaint de douleurs rétro-sternales et de dysphagie. Depuis trois mois elle ne peut plus absorber que des liquides et a beaucoup maigri. Le lendemain de son entrée la malade crache un peu de sang. Après un examen minutieux on note une absence totale de signes stéthoscopiques pulmonaires et cardiaques ; on porte le diagnostic probable de néoplasme de l'œsophage. Le lendemain elle vomit environ un tiers de litre de sang ; l'hématémèse mortelle arrive deux jours après. L'autopsie montra un volumineux anévrysme communiquant avec l'œsophage par deux orifices. Certains cancers de l'œsophage sont arrivés à perforer l'aorte. Moses Baron (*Journal of the Amer. med. association*, 1916) a vu un carcinome de l'œsophage ouvert dans l'aorte : le patient mourut d'hémorragie. A l'autopsie on trouva l'œsophage transformé dans toute sa portion inférieure en une masse néoplasique qui adhérait intimement à l'aorte. Le cancer de l'œsophage peut donc lui aussi simuler un anévrysme dans le cas où la communication entre ces deux organes s'est établie. Dans une observation présentée à la Société anatomique, Milian et Heitz avaient déjà signalé la résistance qu'offrent à l'invasion épithéliomateuse les lames élastiques de la tunique moyenne aortique. Dans la discussion qui suivit, le professeur Letulle fit remarquer que, lorsque le cancer œsophagien vient à s'ouvrir dans l'aorte, c'est seulement grâce à un processus gangréneux

parti du centre de la tumeur, la communication avec la cavité aortique s'opérant par sphacèle des tuniques aortiques. Or, ce sont exactement les mêmes conclusions auxquelles est arrivé l'auteur américain, à savoir, que la perforation de la paroi aortique était due dans son cas à un processus inflammatoire destructif ayant succédé à l'ulcération de la tumeur ; la pression sanguine intervint en dernier lieu pour briser la résistance de l'Intima.

L'anévrysme de l'aorte thoracique ouvert dans l'œsophage a pu simuler *l'ulcère de l'estomac*. Dans le cas de Weillet Mauban (1898) cette malade, comme nous l'avons vu plus haut, eut quatre hématomèses successives et ne mourut qu'au bout d'un an. Elle se plaignait uniquement de souffrir de son estomac, et les caractères de la douleur étaient bien ceux de l'ulcère rond ; elle siégeait à l'épigastre, n'irradiant que fort peu et était influencée par certains aliments comme le vin, l'alcool et les boissons chaudes. Un jour, quatre heures après le repas de midi, elle éprouve une violente douleur au creux épigastrique, immédiatement après elle vomit environ $\frac{3}{4}$ de litre d'un sang rutilant ; la nuit suivante elle remarque du sang dans ses matières. La palpation de l'abdomen réveille la douleur aux creux épigastrique. Le diagnostic d'ulcère de l'estomac est basé sur les caractères du sang vomi, les renvois acides, le siège et les exacerbations de la douleur.

A la troisième hématomèse, le sang rutilant et liquide au moment du vomissement se coagule rapidement dans la cuvette comme le sang d'une saignée.

Enfin, les vomissements s'accroissent et devien-

ment poracés ; la douleur s'exagère ; la quatrième hématomèse amena la mort.

Le diagnostic de maladie de Cruveilhier avait été porté, on avait même pensé à l'intervention. L'autopsie montra un volumineux anévrysme de l'aorte thoracique ouvert dans l'œsophage.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège de prédilection des ruptures dans l'œsophage est le point où l'aorte croise l'œsophage : ce sont les anévrysmes de la terminaison de la crosse et du commencement de l'aorte thoracique qui compriment, ulcèrent, usent, sphacèlent et perforent l'œsophage. Les parois de l'œsophage sont tantôt amincies ; tantôt elles sont ramollies et se déchirent à la moindre pression.

La perforation a été interprétée de différentes façons : Maloizel présenta, en 1904, à la Société anatomique un petit anévrysme de l'aorte thoracique sacciforme, à collet étroit « avec usure de la paroi œsophagienne » sans travail inflammatoire, et ouverture du sac anévrysmal dans la cavité de l'œsophage. Millard, en 1861, attribue la perforation à une gangrène œsophagienne pouvant être suivie dans toutes ses phases depuis le sphacèle jusqu'au détachement complet de l'escarre.

D'après Cornil, un travail inflammatoire partant du sac anévrysmal envahit les parois œsophagiennes et prépare la désorganisation des tissus, l'ulcération et la perforation. Le sphacèle est tantôt limité à la muqueuse, tantôt il s'étend à toutes les tuniques de l'œsophage.

L'aspect de ces perforations est variable : tantôt elles sont rondes ou ovalaires à bords lisses lorsque

la perforation est ancienne, à bords frangés, irréguliers déchiquetés lorsque la rupture a été brusque et rapidement mortelle.

Dans notre cas l'orifice de communication vu du côté de l'œsophage était ovalaire à grand axe sensiblement vertical et dont le grand diamètre mesurait 6 millimètres ; ses bords étaient nets et réguliers ; cet orifice occupait le centre d'adhérences étendues ; la poche anévrysmale avait son orifice sur la paroi gauche de l'aorte ; de ce côté l'orifice s'ouvrait dans un récessus irrégulier et tomenteux rempli de caillots fibrineux qui obturaient complètement le canal irrégulier et étroit qui faisait communiquer la poche avec l'œsophage. Dans le cas de Gouraud et Roche, l'orifice de communication était ovalaire, à grand diamètre vertical, mesurant 4 centimètres. Dans le cas de Servoni, en ouvrant l'œsophage on trouve à sa paroi antérieure une ouverture circulaire de 5 centimètres de diamètre par laquelle la face externe du caillot fait légèrement saillie.

Habituellement uniques, ces perforations peuvent être doubles comme dans le cas de Gouraud et Roche. L'orifice principal de communication, vu du côté de l'œsophage, présente un pourtour régulier de forme ovalaire, à grand diamètre vertical de quatre centimètres : au-dessus et séparé de lui par une bande d'un demi-centimètre, on voit un autre orifice beaucoup plus petit, arrondi, qui faisait également communiquer la poche anévrysmale avec l'œsophage.

Les perforations anciennes sont temporairement oblitérées par des caillots fibrineux qui peuvent faire saillie dans l'intérieur du conduit œsophagien, et qui

jouent le rôle de valvules, placés devant la paroi œsophagienne à la façon de clapets ou de soupapes. Dans notre cas la perforation, à bords nets du côté de l'œsophage, correspond au contraire du côté de l'anévrysme à un récessus irrégulier et tomenteux rempli de caillots fibrineux qui forment valvule. Dans le cas de Gouraud l'aorte ouverte présente plusieurs petites dilatations anévrysmales du volume d'une noisette, mais on est frappé surtout par trois grandes cavités dont l'une est occupée par un caillot qui faisait saillie dans l'œsophage. Les caillots forment soupape et expliquent les hématomés intermittentes dont le cas de Weill et Mauban est un beau type. Dans ce cas l'autopsie montra un volumineux anévrysme fusiforme occupant la plus grande partie de l'aorte descendante ; la communication avec l'œsophage se fait par un orifice arrondi de 5 à 6 millimètres : cet orifice du côté aortique était en partie fermé par deux caillots.

Dans quelques cas l'anévrysme peut s'ouvrir au milieu des tuniques de l'œsophage. C'est ainsi que dans le cas de Raymond (Soc. anat.) au milieu des adhérences qui unissaient la tumeur thoracique au conduit œsophagien, on trouvait une perforation par laquelle l'hémorragie s'était faite dans le conduit. La tunique celluleuse était infiltrée par l'épanchement sanguin qui séparait complètement la cellulaire de la muqueuse ; les fibres circulaires de l'œsophage étaient disséquées par l'hémorragie ; celle-ci, fusant dans la celluleuse, avait gagné l'estomac, et, autour du cardia, avait provoqué une perforation par où le sang avait pénétré dans l'estomac.

Lorsque ces perforations se produisent, le sang est rejeté au dehors en partie, mais une certaine quantité passe dans l'estomac ; celui-ci peut être distendu à l'extrême ; le sang qu'il contient forme souvent un gros caillot reproduisant la forme de la cavité gastrique et se prolonge parfois dans le duodénum ou dans la partie supérieure de l'œsophage.

TRAITEMENT

Il n'y a pas de thérapeutique de la rupture. Cependant le rôle du médecin n'est pas de rester inactif et d'attendre passivement l'évolution de l'anévrysme jusqu'à cette rupture. D'ailleurs, s'il est vrai qu'après quatre siècles l'aphorisme d'Ambroise Paré reste malheureusement vrai et que les anévrysmes aortiques sont incurables, au sens précis du mot, il n'en reste pas moins que la maladie est susceptible d'amélioration et que nous possédons dans les agents thérapeutiques antisyphilitiques un arsenal varié de médicaments qui doivent être mis en œuvre.

Actuellement grâce à la radioscopie un diagnostic précoce des aortites avec dilatation peut être posé et permet d'intervenir par le traitement spécifique d'une façon plus précoce que jadis.

Malheureusement les résultats obtenus par le traitement antisyphilitique sont inconstants. On a pu observer la régression de la tumeur et la vérifier à la radiographie, mais le plus souvent on assiste à la régression des seuls symptômes fonctionnels qui semblent sous la dépendance de la péri-aortite et de la médiastinite syphilitique.

CONCLUSIONS

I. — On observe rarement l'ouverture dans l'œsophage des anévrysmes de l'aorte.

II. — Ces anévrysmes, en raison de leur siège, sont très souvent latents et peuvent arriver à la rupture dans l'œsophage sans être précédés de symptômes œsophagiens.

III. — La dysphagie n'est pas un symptôme fréquent de cette variété d'anévrysmes, mais lorsqu'elle existe, elle a une grosse valeur pour le diagnostic.

IV. — L'hématémèse est le seul symptôme de la rupture ; mais il peut exister des cas de rupture dans l'œsophage sans hématémèse (Hallopeau). L'hématémèse peut revêtir plusieurs formes : on peut observer des hématémèses foudroyantes d'emblée, des hématémèses très abondantes et cependant pas mortelles, des hématémèses à répétition, avec une survie pouvant aller jusqu'à un an. Fréquemment, l'hématémèse foudroyante d'emblée est le premier symptôme de l'anévrysme, et le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie. Enfin, l'hématémèse n'est pas toujours caractéristique de la rupture d'un anévrysme dans l'œsophage, et l'erreur de diagnostic a souvent été faite avec un ulcère de l'estomac ou un cancer de l'œsophage.

V. — Parmi les anévrysmes qui ont tendance à

s'ouvrir dans l'œsophage et qui appartiennent à la « zone latente », la radioscopie seule permet de prévoir leur évolution ultérieure, et de craindre leur rupture dans l'œsophage.

Vu : le Président de la thèse
LETULLE

Vu : pour le Doyen,
G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

OBSERVATION

Le 8 mars 1921, entre à l'Hôpital Andral, dans le service de M. Lemierre, le malade B..., âgé de 54 ans. Il est très pâle : il vient en effet d'avoir une hématoméso et c'est ce qui l'a décidé à rentrer.

Interrogé sur ses antécédents, le malade, boucher de profession, affirme n'avoir jamais été malade. On ne relève rien de particulier au sujet de ses antécédents héréditaires. Cependant il avoue avoir eu à l'âge de 34 ans un chancre syphilitique au niveau de la verge ; pendant quelque temps il se contente d'un traitement au protoiodure, puis cesse bientôt toute médication.

Trente-trois ans durant avant la syphilis, et dix-neuf ans après, le malade est d'une santé parfaite.

Depuis un an seulement apparaissent des douleurs inter-scapulaires ; elles surviennent généralement brusquement et disparaissent insensiblement ; elles durent environ dix minutes ; bien qu'assez violentes, elles ne forcent pas le malade à interrompre son travail. De plus lorsqu'elles surviennent à l'état de repos, le malade se lève et marche, ayant remarqué l'heureux effet du mouvement sur ces douleurs ; il n'y a pas d'irradiations, il n'y a pas non plus de douleurs rétro-sternales.

Mais bientôt ces petits accès douloureux augmentent d'intensité et de fréquence, le malade en compte dix, quinze et vingt par jour ; la nuit venue il retrouve le calme.

Depuis six mois, ces phénomènes semblent revêtir des caractères cardiaques. Le malade présente tous les caractères de la dyspnée d'effort : il monte les escaliers avec peine, et pour arriver au deuxième étage, il doit s'arrêter plusieurs fois ; souvent même au milieu de son travail qui est particulièrement dur, il doit se reposer quelques minutes. Cette dyspnée s'accompagne de sensations douloureuses rétro-sternales et épigastriques et ces douleurs ont dès le début un caractère angoissant, quoique éphémères et rapidement calmées par le repos. La nuit même il est réveillé subitement par des douleurs angoissantes accompagnées d'une dyspnée asthmatiforme et de palpitation.

Depuis trois mois ces douleurs rétro-sternales deviennent particulièrement violentes surtout quand elles coexistent avec les douleurs interscapulaires ; mais elles n'ont jamais eu, au dire du malade, le caractère de douleur en broche.

Enfin le 15 janvier, deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, le malade commence à éprouver de la dysphagie ; la déglutition est non seulement difficile mais douloureuse ; il ne s'agit pas d'une dysphagie progressive et continue mais bien plutôt d'un type spasmodique : le malade interrompait son repas pour le reprendre quelques heures plus tard ; les aliments alors passaient sans gêne aucune. On ne relève à cette époque ni hoquet, ni douleur intercostale, ni troubles de la voix. Pour cette dysphagie, le malade a été consulté à Lariboisière où on l'a radioscopé ; on a trouvé « une grosse ectasie de la portion descendante de la crosse de l'aorte ».

Le malade nous donne ce diagnostic écrit, si bien que le diagnostic d'anévrysme aortique ouvert dans l'œsophage a été fait d'emblée dès l'entrée du malade à l'Hôpital Andral.

Brutalement le 8 mars le malade, tranquillement assis chez lui, est pris de vertiges, d'éblouissements ; il a, dit-il, la sensation de mourir ; et sans ressentir de douleur particulière il tombe en syncope. Presque immédiatement il revient à lui et rend par la bouche une grande quantité de sang rouge et rutilant. L'hémorragie, si elle ne provient pas du tube digestif, semble tout au moins en avoir emprunté la voie, car le sang a été rejeté sous la forme de vomissements accompagnés d'efforts.

On transporte le malade à l'hôpital Andral où on l'examine. On est frappé tout d'abord de sa grande pâleur qui intéresse à la fois le corps et le visage. Les oreilles et le nez sont bleuâtres, les lèvres sont décolorées, les extrémités légèrement cyanotiques mais non refroidies ; le malade parle d'une voix éteinte et semble encore se trouver dans un état vertigineux.

Appareil cardio-vasculaire. — A l'inspection on ne remarque rien de bien particulier. La palpation montre que le choc de la pointe est mou et arythmique. Par contre au niveau du deuxième espace intercostal droit on perçoit un second centre de battements. Le choc systolique donne à la main qui palpe une sensation de durcissement ; on ne sent pas de frémissement cataire. Les battements aortiques au niveau de la fourchette sternale semblent lointains. Le pouls est faible et rapide : 96 pulsations à la minute.

On risque une percussion légère : le cœur semble conserver ses diamètres normaux.

A l'auscultation, les battements cardiaques sont faibles, étouffés ; on situe la pointe difficilement dans le cinquième espace. Au niveau du deuxième espace intercostal droit on entend un double souffle. Le souffle systolique revêt un timbre doux, musical ; le souffle diastolique est dur, éclatant, à timbre de gong. On recherche les signes vasculaires périphériques de l'insuffisance aortique : aucun n'existe : pas de signe de Musset, ni d'Oliver ; pas de pouls capillaire, pas de

battement des jugulaires ; elles ne sont même pas saillantes ; on ne perçoit pas de tressaillement systolique des vaisseaux carotidiens. Etant donné la faiblesse du poul, il est assez difficile de bien apprécier l'état de sclérose des artères : la temporale est cependant visible.

Mais, fait important, le poul radial gauche est en retard sur son homologue droit.

Le poul de la pédieuse gauche, très faible, est cependant perceptible et retardé ; son retard sur le poul radial gauche, s'il existe, n'est pas appréciable.

La tension artérielle au Pachon donne les chiffres suivants :

Membre supérieur droit : Maxima	20,	minima	9 1/2
Membre supérieur gauche	—	19	— 9
Membre inférieur gauche	—	21	— 10

L'Hémorragie ayant présenté tous les caractères d'une hématomèse, on a fait un examen sérieux de l'appareil digestif.

Il n'y a dans les antécédents du malade aucun symptôme d'origine gastrique.

La palpation de l'abdomen révèle la présence d'un estomac distendu ; l'estomac est parfaitement palpable dans sa forme ; il apparaît comme injecté, rempli par une substance solide.

L'examen du système nerveux montre que les réflexes sont conservés : un peu vifs au niveau des membres inférieurs. Il n'y a aucun signe de paralysie, pas de signe de Babinski, pas de troubles vésicaux, pas de troubles de la sensibilité. La pupille gauche est plus dilatée que la pupille droite ; l'accommodation à la lumière est normale.

L'examen des poumons n'a pu être pratiqué dans la région dorsale. En avant il n'y a rien d'anormal.

Entre le 8 et le 11 mars, le malade est resté complètement au repos et à la diète hydrique et lactée. Son état général est relativement bon. Il parle volontiers et répond bien aux questions. Le gonflement gastrique diminue peu à peu et à disparu le troisième jour après l'entrée.

On attend la reprise de l'hémorragie qui est fatale.

Le 11 mars à 18 h. 10 le malade est sur le bassin quand soudain il tombe en syncope, vomit une grande quantité de sang et meurt.

En résumé, le double souffle au foyer aortique, et l'hémorragie abondante chez un ancien syphilitique, ne présentant aucun passé gastrique, aiguille le diagnostic vers une rupture d'anévrisme aortique. L'hémorragie avec ses caractères d'hématomèse font situer assez bas sur le trajet aortique le niveau de cette rupture ; mais d'autre part l'inégalité des pouls radiaux et le centre de battements au foyer

aortique montre qu'il s'agit d'un anévrysme fusiforme intéressant également la crosse de l'aorte.

Autopsie. — On trouve un énorme anévrysme occupant la crosse et l'origine de l'aorte thoracique, adhérent en arrière à la colonne vertébrale et ayant provoqué une ulcération du corps de la quatrième et de la cinquième vertèbres dorsales, de la dimension d'une pièce de 2 francs.

Cet anévrysme présente un orifice ovalaire par lequel il communique avec l'œsophage ; cet orifice, à grand axe sensiblement vertical, présente des bords nets du côté de l'œsophage : au contraire, du côté de l'anévrysme, il correspond à un recessus irrégulier et tomenteux, rempli de caillots fibreux, ayant formé valvule et expliquant une hémorragie en deux temps.

La bronche droite et ses ramifications intra-pulmonaires sont remplies de sang.

L'estomac contient un énorme caillot pesant 1.400 gr.

Le cœur est normal ainsi que les poumons.

Le foie est un peu gros.

Les reins sont pâles (anémie suraiguë).

L'intestin grêle et le gros intestin sont remplis de sang transformé et évidemment ancien.

Il existe notamment dans le cæcum et le côlon des masses énormes noires et méloéniques.

BIBLIOGRAPHIE

- Traité de Brouardel et Gilbert.* — Maladies de l'aorte par E. Boinet, p. 207.
- Hirtz (Edgar) et Lemaire (Henri).* — Anévrysme de l'aorte thoracique et symptômes œsophagiens (Soc. méd. des hôp., 7 mai 1906, p. 465).
- Hallopeau.* — Anévrysme de l'aorte avec double communication dans la bronche droite et dans l'œsophage, pas d'hématémèse (Bullet. Soc. anat., 1867, p. 646).
- Millard.* — Rapport sur un cas d'anévrysme de l'aorte descendante communiquant avec l'œsophage par une perforation ancienne (Bullet. Soc. anat., 1861, p. 422-439).
- Popham.* — Anévrysme de l'aorte ouvert dans l'œsophage (Résumé de quelques faits intéressants publiés en Angleterre) (Archives de médecine, 1858, p. 469).
- Raymond.* — Anévrysme de l'aorte ouvert au milieu des tuniques de l'œsophage (Bullet. Soc. anat., 1887, p. 660).
- Serconi.* — Anévrysme de l'aorte desc. communiqu. avec l'œsophage par une perforation ancienne. Hématémèses multiples (Bullet. Soc. Anat., 1861, p. 422).
- Weill et Mauban.* — Anévr. de l'aorte rompu dans l'œsophage. Evolution lente (Bullet. Soc. anat., 1898, p. 813).
- Rispal-Laval et Timbol.* — Forme dysphagique de l'anévr. de l'aorte (Archives des maladies du cœur (Vaquez), 1914, p. 68).
- Lemierre.* — Anévrysme de l'aort. thor. descendante (Mémoires de la Soc. méd. des hôp., 1903, p. 65).

Letulle. — Diagnostic des anévrysmes de l'aorte (Presse médicale, 1913, n° 22, p. 214).

Berthray. — Etude synthétique et clinique sur les anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. Thèse Paris, 1906.

Dict. Encycl. des Sciences méd. (Dechambre), 1883, liv. IV, article : anévrysme.

Dict. des Sc. méd. 1812, article : anévrysme, p. 93.

Dict. de méd. et de chir. pratiques (Jacoud), 1865, p. 758, article : anévrysme de l'aorte.

Moses Barron. — Carcinoma of œsophagus with perforation of aorta (Journal of the Amer. med. association, 25 nov. 1916, 67 B, p. 1585).

Maloizel. — Ouverture dans l'œsophage d'un petit anévrysme de l'aorte thoracique (Bull. Soc. Anat., 1904, p. 503).

Laënnec. — Des effets des anévrysmes de l'aorte sur les organes voisins (Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur, 1826, t. II, p. 713).

